

SOSカード

SOSカード

目と耳が不自由です。
お手伝いをお願いします。

目と耳が不自由です。
お手伝いをお願いします。

《障害》

目は全く見えない／少し見える ()
耳は全く聞こえない／少し聞こえる ()

《コミュニケーション方法》

《障害》

目は全く見えない／少し見える ()
耳は全く聞こえない／少し聞こえる ()

《コミュニケーション方法》

《手引きの方法》

《手引きの方法》

認定NPO法人 東京盲ろう者友の会
東京都盲ろう者支援センター
〒162-0832 東京都新宿区岩戸町4番地
87ビルディング岩戸町2階

認定NPO法人 東京盲ろう者友の会
東京都盲ろう者支援センター
〒162-0832 東京都新宿区岩戸町4番地
87ビルディング岩戸町2階

《事務局》

TEL:03-6228-1282/FAX:03-6228-1283
E-mail:tokyo-db@tokyo-db.or.jp

《緊急携帯》

TEL 1: 090-4050-4553
E-mail 1: sos.tokyo-db@docomo.ne.jp
TEL 2: 090-1252-6020
E-mail 2: sos.tokyo-db@ezweb.ne.jp

《事務局》

TEL:03-6228-1282/FAX:03-6228-1283
E-mail:tokyo-db@tokyo-db.or.jp

《緊急携帯》

TEL 1: 090-4050-4553
E-mail 1: sos.tokyo-db@docomo.ne.jp
TEL 2: 090-1252-6020
E-mail 2: sos.tokyo-db@ezweb.ne.jp

ふりがな 氏名	男 女
生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日生	
血液型 型 RH()	
住所 〒	
TEL	/FAX
メールアドレス	

ふりがな 氏名	男 女
生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日生	
血液型 型 RH()	
住所 〒	
TEL	/FAX
メールアドレス	

かかりつけの病院	科
住所 〒	
TEL	
アレルギー(有 無)	
《服用薬/服用回数など》	

かかりつけの病院	科
住所 〒	
TEL	
アレルギー(有 無)	
《服用薬/服用回数など》	

《身体障害者手帳の情報》	級
	級

《身体障害者手帳の情報》	級
	級

《その他の障害、病気など》

《その他の障害、病気など》

《メモ》

《メモ》

《緊急連絡先》	続柄
氏名	
TEL	/FAX
携帯電話	

《緊急連絡先》	続柄
氏名	
TEL	/FAX
携帯電話	